

1. Povinné osobní údaje

Základní osobní údaje

Číslo pojištění (rodné číslo)

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Datum narození

Titul

Státní příslušnost

Pohlaví

Muž Žena

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSČ

Obec

Kontaktní adresa

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSČ

Obec

Zákonný zástupce

Rodné číslo

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Titul

Státní příslušnost

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP/ŘP/pasu

Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

Zaměstnanec OSVČ OBZP (samoplátce) Student

Mateřská a rodičovská dovolená Dítě Důchodce Úřad práce Jiná

Údaje o zaměstnavateli

Název

Adresa

PSČ

IČO

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu

Kód banky

2. Nepovinné osobní údaje

E-mail

Telefon

Bankovní číslo účtu

Kód banky

Dosavadní zdravotní pojišťovna

Kód

souhlasím s využitím **e-mailu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **e-mailu** pro zasílání noviněk týkajících se činnosti ZPŠ*

souhlasím s využitím **telefonu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **bankovního čísla účtu** pro účely veřejného zdravotního pojištění*

*Pokud souhlasíte, pole zaškrtněte.

Datum

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka)

** Obecná ustanovení a poučení klienta u povinných a nepovinných osobních údajů jsou uvedeny na zadní straně tohoto Evidenčního listu.

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od

Razítko a podpis pracovníka

Příhláška podána dne

1. Povinné osobní údaje

Základní osobní údaje

Číslo pojištění (rodné číslo)

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Datum narození

Titul

Státní příslušnost

Pohlaví

 Muž Žena

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSC

Obec

Kontaktní adresa

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSC

Obec

Zákonný zástupce

Rodné číslo

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Titul

Státní příslušnost

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP/ŘP/pasu

Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

Zaměstnanec OSVČ OBZP (samoplátce) Student

Mateřská a rodičovská dovolená Dítě Důchodce Úřad práce Jiná

Údaje o zaměstnavateli

Název

Adresa

PSC

IČO

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu

Kód banky

2. Nepovinné osobní údaje

E-mail

Telefon

Bankovní číslo účtu

Kód banky

Dosavadní zdravotní pojišťovna

Kód

souhlasím s využitím **e-mailu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **e-mailu** pro zasílání noviněk týkajících se činnosti ZPŠ*

souhlasím s využitím **telefonu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **bankovního čísla účtu** pro účely veřejného zdravotního pojištění*

*Pokud souhlasíte, pole zaškrtněte.

Datum

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka)

** Obecná ustanovení a poučení klienta u povinných a nepovinných osobních údajů jsou uvedeny na zadní straně tohoto Evidenčního listu.

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od

Razítko a podpis pracovníka

Příhláška podána dne

1. Povinné osobní údaje

Základní osobní údaje

Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Datum narození

Titul

Státní příslušnost

Pohlaví

 Muž Žena

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSČ

Obec

Kontaktní adresa

Ulice

Číslo popisné/orientační

PSČ

Obec

Zákonný zástupce

Rodné číslo

Příjmení

Jméno

Rodné příjmení

Titul

Státní příslušnost

Totožnost pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka) ověřena dle OP/ŘP/pasu

Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

Zaměstnanec OSVČ OBZP (samoplátce) Student

Mateřská a rodičovská dovolená Dítě Důchodce Úřad práce Jiná

Údaje o zaměstnavateli

Název

Adresa

PSČ

IČO

Bankovní spojení (u OSVČ)

Bankovní číslo účtu

Kód banky

2. Nepovinné osobní údaje

E-mail

Telefon

Bankovní číslo účtu

Kód banky

Dosavadní zdravotní pojišťovna

Kód

souhlasím s využitím **e-mailu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **e-mailu** pro zasílání noviněk týkajících se činnosti ZPŠ*

souhlasím s využitím **telefonu** pro účely komunikace v rámci veřejného zdravotního pojištění*

souhlasím s využitím **bankovního čísla účtu** pro účely veřejného zdravotního pojištění*

*Pokud souhlasíte, pole zaškrtněte.

Datum

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce, opatrovníka, poručníka)

** Obecná ustanovení a poučení klienta u povinných a nepovinných osobních údajů jsou uvedeny na zadní straně tohoto Evidenčního listu.

VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC

VYPLNÍ
ZPŠ

Pojištění u ZPŠ vzniká od

Razítko a podpis pracovníka

Příhláška podána dne



zaměstnanecká
pojišťovna
škoda

kód pojišťovny **209**

Evidenční list

OBEČNÁ USTANOVENÍ**

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil/a lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a ze strany ZPŠ řádně poučen/a o termínu, od kterého vzniká pojištění u ZPŠ a od kterého jsem oprávněn/a používat vydaný Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC). V případě, že průkaz použiji v rozporu s tímto poučením a ZPŠ v tomto důsledku vznikne škoda z důvodu úhrady zdravotních služeb, budu ZPŠ povinen/povinna tuto škodu nahradit.

Prohlašuji, že jsem se ke stejnému datu nepřihlásil/a a ani se ke stejnému datu nepřihlásím k jiné zdravotní pojišťovně, neboť jsem si vědom/a toho, že ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, si mohu vybrat pouze jednu zdravotní pojišťovnu, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí, nejpozději však 3 měsíce před požadovaným dnem změny. Změnu mohu učinit jednou za 12 měsíců.

POUČENÍ KLIENTA U POVINNÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

Osobní údaje uvedené na této přihlášce jako „povinné“ budou zpracovány Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda, IČO 46354182, se sídlem Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav, zapsanou v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl A, vložka 7541 (dále jen ZPŠ), za účelem řádného provádění veřejného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Osobní údaje budou uloženy u ZPŠ po dobu trvání pojistného vztahu pojištěnce u ZPŠ a dále po dobu nezbytně nutnou.

Pojištěnec má právo požadovat od ZPŠ přístup k osobním údajům týkajícím se pojištěnce a požadovat informace podle ustanovení článku 15 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), (dále jen „nařízení“), jejich opravu ve smyslu článku 16 nařízení, popřípadě omezení zpracování podle článku 18 nařízení, a vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení, jakož i právo na přenositelnost údajů podle článku 20 nařízení. Pojištěnec má dále právo podat stížnost u dozorového orgánu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů. Poskytování osobních údajů ZPŠ je zákonným požadavkem a pojištěnec je povinen za daným účelem osobní údaje poskytnout (v opačném případě nebude možné ze strany ZPŠ dostat legislativnímu účelu zpracování). Pojištěnec si je vědom svého práva na to, aby ZPŠ bez zbytečného odkladu opravila nepřesné osobní údaje a též práva na doplnění neúplných osobních údajů.

POUČENÍ KLIENTA U NEPOVINNÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

ZPŠ, se sídlem v Mladé Boleslavi, Husova 302, Mladá Boleslav, IČO 46354182 je povinna v souladu s nařízením a v souladu se zákonem č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti a o změně některých zákonů, si vyžádat Váš souhlas s využitím Vašich nepovinných osobních údajů. Tento souhlas můžete kdykoliv odvolat, a to písemně na adresu ZPŠ, Husova 302, Mladá Boleslav, 293 01, nebo písemně zasláním do datové schránky ZPŠ 5kpadkp nebo elektronicky na e-mail zpskoda@zpskoda.cz zprávou zprávu podepsanou zaručeným elektronickým podpisem. Osobní údaje jsou zpracovány a uchovány po dobu Vašeho pojistného vztahu k ZPŠ. Máte právo se při porušení právního předpisu obrátit na ZPŠ se žádostí o vysvětlení či o nápravu vzniklého stavu, případně jste oprávněn/a obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění nápravy. Máte práva uvedená výše v „Poučení klienta u povinných osobních údajů“ subjektu údajů a dále máte právo u těchto nepovinných osobních údajů na výmaz osobních údajů ve smyslu článku 17 nařízení, právo vznést námitku proti zpracování podle článku 21 nařízení. Poskytování osobních údajů je dobrovolné, nejste povinen/povinna dotčené osobní údaje poskytnout.